

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Leidet Ihr/e Patient/in an ein oder mehreren Symptomen hinweisend für PID (primäre Immundefekte) analog der API (Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Immunologie) und DGfI (Deutsche Gesellschaft für Immunologie) und wollen Sie Ihn/Sie gern im IDCL (ImmunDefektCentrum Leipzig) am Klinikum St. Georg zur weiteren Diagnostik und/oder Therapieeinleitung vorstellen?

Dann füllen Sie bitte die Immundefekt-Tabelle sowie dieses Anmeldefax aus und fügen Sie **Laborbefunde: großes Blutbild mit Differenzierung, sowie Immunglobuline A/G/M** und ggf. weitere auffällige Laborbefunde dem Anmeldefax bei. Sie erhalten innerhalb einer Woche von uns eine Rückmeldung, ggf. mit einem Termin in einer unserer Immundefektsprechstunden.

Zur Vorstellung möchte der/die Patient/in bitte neben der Chipkarte und einer Überweisung das Impfbuch und weitere relevante Vorbefunde/ Epikrisen in Kopie (zum Verbleib bei uns) mitbringen.

Patientendaten

Weiblich

Männlich

Name:

Vorname:

Geb. am:

Tel.-Nr.:

Überweisender Arzt (z.B. Arztstempel) mit Tel.- und Fax-Nummer

Der/die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an das IDCL per Fax weitergeleitet werden und dabei eine komplette Anonymität nicht gewährleistet werden kann.

Tel.-Nr.:.....Fax-Nr.:.....Unterschrift des Arztes.....

Wir bitten um Zusendung des Anmeldeformulars durch den behandelnden Arzt. Der Arzt erhält von uns via Fax einen Terminvorschlag. Wir bitten die Patienten, den vorgeschlagenen Termin bei uns unter Tel.: 0341-9093660 zu bestätigen. Erst nach Erhalt der Terminbestätigung bei uns erfolgt der Eintrag verbindlich in unseren Terminkalender.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel.: 0341-9093660 zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen, das Team des IDCL (ImmundefektCentrum Leipzig) am Klinikum St. Georg

Rückantwort vom IDCL

Termin: nein ja am:bei

Bitte Überweisung vom Kinderarzt Hausarzt/Facharzt **(nach §116b)**

Tel. Rücksprache mit überweisendem Arzt durch Immundefektambulanz

Termin an überweisenden Arzt gefaxt am

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen!

1. Pathologische Infektionsanfälligkeit „ELVIS“ (Erreger, Lokalisation, Verlauf, Intensität, Summe)	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja – welche?	
-	
-	
-	
Bitte diesbezüglich Epikrisen (in Kopie) dem Patienten mitgeben!	
2. Immundysregulation „GARFIELD“ (Granulome, Autoimmunität, Rezidivierend Fieber, (ungewöhnliche) Ekzeme, Lymphoproliferation, chronische Darmentzündung)	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja – welche?	
-	
-	
-	
Bitte diesbezüglich Epikrisen (in Kopie) dem Patienten mitgeben!	
3. Gedeihstörung (Kinder)	Gewichtsverlust (Erwachsene - meist durch Diarrhoe)
Ja <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Auffällige Familienanamnese (Konsanguinität, Immundefekt, pathologische Infektionsanfälligkeit, Immundysregulation, Lymphome)	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja – welche, bei welchem Familienmitglied?	
-	
-	
-	
5. Hypogammaglobulinämie, anhaltende oder rezidivierende Lymphopenie, Neutropenie, Thrombozytopenie	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja – welche? Bitte Laborbefunde (in Kopie) beifügen!	
-	
-	
-	
6. Ein genetischer Hinweis auf einen primären Immundefekt oder ein positives Neugeborenen-Screening auf primäre Immundefekte	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja – welche? Bitte Befunde (in Kopie) beifügen!	
-	
-	
-	